

lần so với những người có tình trạng nhập viện nhỏ hơn hoặc bằng 2 lần trên năm.

VI. KIẾN NGHỊ

- Điều tra khẩu phần ăn của từng bệnh nhân để có lời khuyên về chế độ ăn phù hợp cho đối tượng bệnh nhân BPTNMT ngoại trú
- Đối với bệnh nhân BPTNMT lớn tuổi ngoài xác định tình trạng suy dinh dưỡng theo phương pháp SGA và chỉ số khối cơ thể nên xác định thêm tình trạng sarcopenia (suy mòn cơ).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Phước CNH.** Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, TP.HCM. Vols. 304–313. 2009.
2. **As B, Ma M, Wm V, S G, P B, Dm M, et al.** International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2024 Jun 11];370(9589). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17765523/>

3. **CDC. Global Health.** 2024 [cited 2024 Jun 11]. CDC in Vietnam. Available from: <https://www.cdc.gov/global-health/countries/vietnam.html>
4. **COPD prevalence in 12 Asia-Pacific countries and regions: projections based on the COPD prevalence estimation model.** *Respirol Carlton Vic* [Internet]. 2003 Jun [cited 2024 Jun 11];8(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12753535/>
5. **Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Kim Ngân, Văn Thị Thủy Dương.** Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính BV Chợ Rẫy TPHCM năm 2014. 2014.
6. **Nguyen HT, Collins PF, Pavey TG, Nguyen NV, Pham TD, Gallegos DL.** Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019;14:215.
7. **Gupta B, Kant S, Mishra R, Verma S.** Nutritional Status of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients Admitted in Hospital With Acute Exacerbation. *J Clin Med Res.* 2010 Apr;2(2):68.

TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE GÂY NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP Ở TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2023

Nguyễn Thị Hương^{1,2}, Nguyễn Văn An^{3,4},
Phạm Thị Loan⁵, Lê Hạ Long Hải^{2,5}

TÓM TẮT

Streptococcus pneumoniae được biết đến là một căn nguyên hàng đầu gây nhiễm khuẩn hô hấp - nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ nhỏ. Tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn này khiến việc điều trị ngày càng gặp nhiều trở ngại. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và đặc điểm kháng kháng sinh của *S. pneumoniae* gây nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em dưới 6 tuổi phân lập tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm của *S. pneumoniae* là 7,7% (421/5453), trong đó tỷ lệ nhiễm ở nhóm trẻ 1-5 tuổi cao hơn tỷ lệ nhiễm ở trẻ dưới 1 tuổi (OR=1,67; p<0,01) và gặp nhiều nhất ở bệnh nhân khoa Nhi (10,4%). Các chủng *S. pneumoniae* đề kháng rất cao Clindamycin (96,2%), Tetracycline (90%), Trimethoprim-sulfamethoxazole (60,2%) và gần như kháng hoàn toàn với Erythromycin (99,5%). Vi khuẩn có tỷ lệ nhạy cảm với Rifampin,

Chloramphenicol, Ceftriaxone, Penicillin G, Cefotaxime lần lượt là 99,2%, 91,5%, 84,8%, 74,2% và 68,4%. Tuy nhiên *S. pneumoniae* còn nhạy cảm 100% với kháng sinh nhóm Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Levofloxacin), Vancomycin và Linezolid. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* có mối liên quan với các yếu tố tuổi và khoa/phòng điều trị. Các kháng sinh có thể là những lựa chọn phù hợp trong nhiễm khuẩn hô hấp do *S. pneumoniae* là Levofloxacin, Moxifloxacin, Linezolid hoặc Vancomycin.

Từ khóa: *Streptococcus pneumoniae*, kháng kháng sinh, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

SUMMARY

ANTIMICROBIAL RESISTANCE OF STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ISOLATED FROM CHILDREN UNDER SIX YEARS WITH RESPIRATORY INFECTIONS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023

Streptococcus pneumoniae is a leading cause of respiratory infections, particularly in young children, and presents significant treatment challenges due to antibiotic resistance. **Methods:** This cross-sectional study assessed the infection rate and antibiotic resistance profile of *S. pneumoniae* isolated from children under six years with respiratory infections at Duc Giang General Hospital in 2023. **Results:** The overall infection rate of *S. pneumoniae* was 7.7% (421/5453). The infection rate was significantly higher in children aged 1-5 years compared to those under 1

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Đại học Y Hà Nội

³Học viện Quân y

⁴Bệnh viện Quân y 103

⁵Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

year (OR = 1.67; $p < 0.01$), with the highest prevalence observed in pediatric patients (10.4%). The *S. pneumoniae* strains exhibited high resistance rates to Clindamycin (96.2%), Tetracycline (90%), and Trimethoprim-sulfamethoxazole (60.2%), and near-total resistance to Erythromycin (99.5%). Conversely, the bacteria showed high sensitivity to Rifampin (99.2%), Chloramphenicol (91.5%), Ceftriaxone (84.8%), Penicillin G (74.2%), and Cefotaxime (68.4%). Notably, *S. pneumoniae* demonstrated 100% sensitivity to Fluoroquinolones (Moxifloxacin, Levofloxacin), Vancomycin, and Linezolid. **Conclusions:** The infection rate of *S. pneumoniae* varies with age and treatment department. Effective antibiotics for treating respiratory infections caused by *S. pneumoniae* include Levofloxacin, Moxifloxacin, Linezolid, and Vancomycin. **Keywords:** Streptococcus pneumoniae, antimicrobial resistance, Duc Giang General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp là bệnh phổ biến trên toàn thế giới, đã và đang là một trong những vấn đề mang tính toàn cầu, thu hút sự quan tâm của mọi quốc gia. Mặc dù hiện nay được điều trị bằng nhiều loại kháng sinh mới, phổ rộng, tuy nhiên "căn bệnh có thể phòng ngừa, điều trị và dễ dàng chẩn đoán này vẫn là kẻ giết trẻ lớn nhất thế giới". Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, viêm phổi đã cướp đi sinh mạng của hơn 800.000 trẻ em dưới 5 tuổi vào năm 2018, tức cứ 39 giây lại có một trẻ chết vì viêm phổi - một căn bệnh có thể chữa khỏi và hầu như có thể phòng ngừa được [1]. Trong đó Streptococcus pneumoniae là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ nhỏ.

Nhiễm khuẩn hô hấp do *S. pneumoniae* có thể điều trị khỏi bằng kháng sinh nhưng việc điều trị ngày càng khó khăn hơn do vi khuẩn kháng thuốc. Hậu quả là kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong, tăng chi phí cho y tế, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang là bệnh viện hạng I của Sở Y tế Hà Nội, có số trẻ chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp chiếm 55-65% số trẻ đến khám trong ngày, chủ yếu là trẻ em dưới 6 tuổi. Việc nghiên cứu tình hình kháng kháng sinh của *S. pneumoniae* gây nhiễm khuẩn hô hấp là rất cần thiết. Bên cạnh đó, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này được tiến hành tại Bệnh viện. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tình hình kháng kháng sinh của Streptococcus pneumoniae gây nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em dưới 6 tuổi phân lập tại Bệnh viện."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các chủng *S. pneumoniae* phân lập được từ 5453 mẫu bệnh phẩm dịch tỵ hầu của bệnh nhân dưới 6 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trường hợp người bệnh mắc các bệnh nhiễm trùng khác ngoài nhiễm trùng hô hấp.
- Trường hợp mẫu nghi ngờ ngoại nhiễm, tạp nhiễm.
- Trường hợp người bệnh sử dụng kháng sinh trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang

2.2.2. Kỹ thuật nghiên cứu. Nuôi cấy phân lập: Thực hiện kỹ thuật nuôi cấy, phân lập vi khuẩn theo hướng dẫn của Bộ Y tế [2].

Định danh và kháng sinh đồ: Các chủng vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm sẽ được định danh, làm kháng sinh đồ tự động trên hệ thống Vitek-2 Compact (hãng Biomerieux-Pháp) và phiên giải kết quả theo tiêu chuẩn Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI) năm 2023. Các kháng sinh sử dụng để khảo sát tính nhạy cảm của *S. pneumoniae* bao gồm:

- Nhóm Cephalosporin thế hệ 3: Cefotaxime, Ceftriaxone
- Nhóm Penicillin: Penicillin G
- Nhóm Fluoroquinolone: Levofloxacin, Moxifloxacin
- Nhóm Glycopeptide: Vancomycin
- Nhóm Macrolide: Erythromycin
- Nhóm Tetracycline: Tetracycline
- Nhóm Phenicol: Chloramphenicol
- Nhóm Ansamycin: Rifampin
- Nhóm cạnh tranh Folate: Trimethoprim-sulfamethoxazole
- Nhóm Lincosamide: Clindamycin
- Nhóm Oxazolidinone: Linezolid

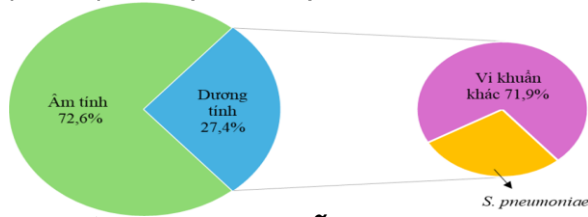
* Phân tích dữ liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS Statistics 20 (IBM Corp, NY, USA).

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên các mẫu bệnh phẩm thu thập từ người bệnh được bác sĩ chỉ định nuôi cấy tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, không có bất kì tác động can thiệp nào tới người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2023 đến hết tháng 12/2023, nghiên cứu được tiến hành trên 5453 mẫu bệnh phẩm, trong đó 1496 mẫu dương tính với các vi khuẩn và phân lập được 421 chủng *S. pneumoniae*. Tỷ lệ

nhiễm *S. pneumoniae* trong nghiên cứu này là 7,7%, chiếm 28,1% trong các chủng vi khuẩn phân lập được (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* (n=421)

Về yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae*, nghiên cứu cho thấy rằng trẻ 1-5 tuổi có tỷ lệ mắc cao hơn nhóm trẻ dưới 1 tuổi (OR=1,67; p<0,01). Tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* ở khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức tích cực Nhi thấp hơn ở khoa Nhi (OR=0,2; p < 0,01 và OR=0,57; p<0,01). Trong khi đó, tỷ lệ nhiễm vi khuẩn này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoa Nhi so với các khoa khác. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* ở 2 giới (Bảng 1).

Bảng 1: Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* (n=421)

Các yếu tố ảnh hưởng	Số ca nhiễm/ tổng số	OR (95% CI)	p
Giới tính			
Nam	238/2988	1	
Nữ	183/2044	1,12 (0,92-1,37)	0,25
Nhóm tuổi			
<1	38/716	1	
1-5	383/4316	1,67 (1,18-2,35)	<0,01
Khoa/phòng			
Nhi	313/2993	1	
Hồi sức tích cực Nhi	95/1594	0,57 (0,44-0,72)	<0,01
Sơ sinh	8/372	0,2 (0,10-0,41)	<0,01
Khác*	5/75	0,65 (0,26-1,63)	0,36

Giới tính	Nam	238/2988	1	
	Nữ	183/2044	1,12 (0,92-1,37)	0,25
Nhóm tuổi	<1	38/716	1	
	1-5	383/4316	1,67 (1,18-2,35)	<0,01
Khoa/phòng	Nhi	313/2993	1	
	Hồi sức tích cực Nhi	95/1594	0,57 (0,44-0,72)	<0,01
	Sơ sinh	8/372	0,2 (0,10-0,41)	<0,01
	Khác*	5/75	0,65 (0,26-1,63)	0,36

*Khác: Phòng khám và Khoa Truyền nhiễm

Trong nghiên cứu, các chủng *S. pneumoniae* dễ kháng rất cao với nhiều kháng sinh: kháng trên 96% với Clindamycin, 90% với Tetracycline, trên 60% với Trimethoprim-sulfamethoxazole và gần như kháng hoàn toàn với Erythromycin (99,5%). 99,2% số chủng *S. pneumoniae* nhạy cảm với Rifampin, 91,5% nhạy cảm với Chloramphenicol, 84,8% nhạy cảm với Ceftriaxone, 74,2% nhạy cảm với Penicillin G, 68,4% nhạy cảm với Cefotaxime. Tuy nhiên nghiên cứu cũng cho thấy *S. pneumoniae* còn nhạy cảm 100% với kháng sinh nhóm Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Levofloxacin), Vancomycin và Linezolid (Bảng 2).

Bảng 2: Tình hình kháng kháng sinh của *S. pneumoniae*

Nhóm kháng sinh	Kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Đề kháng	
		n	%	n	%	n	%
Cephalosporin thế hệ 3	Cefotaxime (n=396)	271	68,4	85	21,5	40	10,1
	Ceftriaxone (n=396)	336	84,8	21	5,3	39	9,8
Penicillin	Penicillin G (n=395)	293	74,2	76	19,2	26	6,6
Fluoroquinolone	Moxifloxacin (n=393)	393	100	0	0	0	0
	Levofloxacin (n=396)	396	100	0	0	0	0
Glycopeptide	Vancomycin (n=386)	386	100	0	0	0	0
Macrolide	Erythromycin (n=392)	2	0,5	0	0	390	99,5
Tetracycline	Tetracycline (n=391)	39	10	0	0	352	90
Phenicol	Chloramphenicol (n=387)	354	91,5	0	0	33	8,5
Ansamycin	Rifampin (n= 385)	383	99,2	1	0,3	2	0,5
Cạnh tranh Folate	Trimethoprim – sulfamethoxazole (n=387)	142	36,7	12	3,1	233	60,2
Lincosamide	Clindamycin (n=394)	15	3,8	0	0	379	96,2
Oxazolidinone	Linezolid (n=395)	395	100	0	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* và các yếu tố liên quan. Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ phân lập được vi khuẩn *S. pneumoniae* ở trẻ em dưới 6 tuổi tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang là 7,7%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Ngọc Hoài với tỷ lệ là 7,11% [3] nhưng lại thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Lee JK và cộng sự tại Hàn Quốc (10,4%) [4] và thấp hơn rất nhiều so kết quả

nghiên cứu của Trần Quang Khải là 38% [5]. Điều này cho thấy, tỷ lệ cấy phân lập vi khuẩn rất khác nhau giữa các đối tượng nghiên cứu, các quốc gia, từng khu vực, từng thời kỳ và phụ thuộc vào nhiều yếu tố như cách thức lấy mẫu, trình độ kỹ thuật viên, ...

Trong nghiên cứu này, tuổi mắc nhiễm khuẩn hô hấp do *S. pneumoniae* gặp ở nhóm 1-5 tuổi cao hơn so với nhóm trẻ dưới 1 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên

cứ của Hoàng Tiến Lợi [6]. Tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* có sự khác biệt về độ tuổi có thể liên quan đến môi trường và sức đề kháng của trẻ. Độ tuổi từ 1-5 tuổi là lứa tuổi trẻ bắt đầu thôi bú mẹ và đi học. Sức đề kháng thấp cộng với môi trường lớp học là yếu tố ảnh hưởng rất lớn đến tỷ lệ trẻ mắc các vi khuẩn nói chung và *S. pneumoniae* nói riêng. Tỷ lệ phân lập *S. pneumoniae* ở trẻ nữ cao hơn trẻ nam nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, khác với kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [5, 7]. Điều đó cho thấy vai trò của giới tính trong nhiễm trùng đường hô hấp do *S. pneumoniae* vẫn chưa được chứng minh rõ ràng, cần thêm nhiều nghiên cứu với quy mô lớn hơn để có thể đưa ra kết luận chính xác. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp do *S. pneumoniae* ở khoa Hồi sức tích cực Nhi và khoa Sơ sinh thấp hơn so với khoa Nhi, trong khi tỷ lệ nhiễm của vi khuẩn này ở phòng khám và các khoa khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với khoa Nhi. Điều này có thể được lý giải bởi sự khác biệt về mô hình bệnh tật giữa các khoa/phòng. Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang đa phần trẻ đến khám và điều trị với triệu chứng nhiễm khuẩn hô hấp nhẹ và vừa. Chính vì thế khoa Nhi là nơi tập trung đông bệnh nhân nhất với số lượng bệnh phẩm nuôi cấy tại đây cũng là cao nhất. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Tiến Lợi cũng đã cho thấy tỷ lệ bệnh nhi mắc viêm phổi do *S. pneumoniae* thuộc nhóm viêm phổi cao hơn nhóm viêm phổi nặng [6]. Bên cạnh đó, tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* cao tập trung tại khoa Nhi cũng phù hợp với thống kê theo độ tuổi.

Mức độ đề kháng kháng sinh của *S. pneumoniae*. Các chủng *S. pneumoniae* phân lập được trong nghiên cứu gần như đề kháng hoàn toàn với nhiều kháng sinh điều trị viêm phổi như Erythromycin (99,5%), Clindamycin (96,2%), Tetracycline (90%) và đề kháng cao với Trimethoprim-sulfamethoxazole (60,2%). Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy, *S. pneumoniae* tương đối nhạy cảm với kháng sinh nhóm beta lactam (Penicillin G: 74,2%, Cefotaxime: 68,4%, Ceftriaxone: 84,8%), nhạy cảm gần như hoàn toàn với Rifampin (99,2%), Chloramphenicol (91,5%) và không ghi nhận sự đề kháng với kháng sinh nhóm Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Levofloxacin), Vancomycin và Linezolid. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của nhiều nghiên cứu khác đã được báo cáo trước đây [5, 6, 8]

Kháng sinh nhóm beta lactam được khuyến cáo để điều trị cho các nhiễm trùng do *S. pneumoniae*. Thế nhưng nhiều chủng *S.*

pneumoniae kháng Penicillin đã được phát hiện lần đầu vào năm 1967 tại Úc; sau đó tỷ lệ này có xu hướng tăng một cách đáng lo ngại và trở thành mối quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới [4, 5]. Điều đó dẫn đến việc Penicillin không còn được lựa chọn là một trong những kháng sinh đầu tay điều trị viêm phổi ở trẻ em, thay vào đó là các kháng sinh như Ceftriaxone, Cefotaxime. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ *S. pneumoniae* đề kháng với Penicillin ở mức thấp (6,6% đề kháng và 19,2% trung gian). Có thể việc không thường xuyên sử dụng Penicillin trong bệnh viện đã khiến cho *S. pneumoniae* trở nên nhạy cảm với kháng sinh này. Mặt khác, kết quả nghiên cứu cho thấy có 31,6% các chủng giảm nhạy cảm với Cefotaxime và 15,1% giảm nhạy cảm với Ceftriaxone. Bên cạnh đó, khi so sánh với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa và nghiên cứu tại Cần Thơ, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng khi tỷ lệ *S. pneumoniae* vẫn còn nhạy cảm cao với kháng sinh nhóm Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Levofloxacin) và Vancomycin. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự đề kháng của *S. pneumoniae* với các kháng sinh này. Trong khi đó, theo nghiên cứu của Nguyễn Đăng Quyết tại Bệnh viện Nhi Trung ương và nghiên cứu của Hoàng Tiến Lợi tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa đã xuất hiện chủng *S. pneumoniae* kháng Levofloxacin và Vancomycin [6, 8]. Đặc biệt theo nghiên cứu của Trần Quang Khải tại Cần Thơ, có gần 20% các chủng *S. pneumoniae* giảm nhạy cảm với Levofloxacin [5]. Điều này là một báo động cho chúng ta về tình trạng đề kháng kháng sinh cũng như ảnh hưởng nghiêm trọng đến quá trình điều trị của bệnh nhân và lo ngại về thất bại trong điều trị với kháng sinh đầu tay.

Đối với kháng sinh Chloramphenicol, tỷ lệ nhạy cảm của *S. pneumoniae* với kháng sinh này còn rất cao (91,5%). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, Bệnh viện Sản nhi Nghệ An và Bệnh viện Nhi Trung ương. Tỷ lệ nhạy cảm với Chloramphenicol của các bệnh viện trên lần lượt là 85,1%, 87,5% và 81%. Tuy nhiên do độc tính của nó nên Chloramphenicol ít được sử dụng trên lâm sàng. Có lẽ chính vì nguyên nhân đó mà tỷ lệ nhạy cảm của *S. pneumoniae* với kháng sinh này còn rất cao.

Theo kết quả nghiên cứu này, chúng tôi đề xuất trong trường hợp cần điều trị ngay khi chưa có kết quả kháng sinh đồ, bác sĩ nên hạn chế những kháng sinh có tỷ lệ đề kháng cao (Erythromycin, Trimethoprim-sulfamethoxazole),

thay vào đó Ceftriaxone, Levofloxacin, Moxifloxacin, Linezolid hoặc Vancomycin có thể là những lựa chọn phù hợp trong trường hợp này. Rifampin cũng là một kháng sinh có tỷ lệ nhạy cảm cao với *S. pneumoniae*. Tuy nhiên, theo CLSI không nên sử dụng đơn độc kháng sinh này mà cần phối hợp với các kháng sinh khác.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, dữ liệu trong nghiên cứu này chỉ từ một bệnh viện duy nhất, không phản ánh toàn bộ tỷ lệ nhiễm và mô hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn tại khu vực. Do đó những cuộc khảo sát tiến hành với quy mô lớn hơn là điều rất cần thiết. Thứ hai, do hạn chế về tiếp cận thông tin lâm sàng, nhóm nghiên cứu chưa thu thập được các thông tin về thời gian nằm viện và phác đồ điều trị cũng như các yếu tố liên quan khác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cung cấp dữ liệu quan trọng về tỷ lệ nhiễm cũng như mức độ kháng kháng sinh của *S. pneumoniae* gây nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ dưới 6 tuổi. Tỷ lệ nhiễm *S. pneumoniae* là 7,7% và tỷ lệ này cao hơn ở nhóm tuổi 1-5 tuổi. Các chủng phân lập được đề kháng cao với kháng sinh Erythromycin, Clindamycin, Tetracyclin. Vì vậy trong trường hợp cần điều trị ngay mà chưa có kết quả kháng sinh đồ nên hạn chế những kháng sinh này. Khi đó, Ceftriaxone, Levofloxacin, Moxifloxacin, Linezolid hoặc Vancomycin có thể là những lựa

chọn phù hợp trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp do *S. pneumoniae*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF**, One child dies of pneumonia every 39 seconds, agencies warn. 2019.
2. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm Vi sinh lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội., 2017.
3. **Đỗ Ngọc Hoài**, Nghiên cứu sự nhạy cảm với kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây viêm đường hô hấp cấp ở trẻ em dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa 2009-2014 Tạp chí Nghiên cứu và thực hành Nhi khoa, 2020. 4: p. 58-64.
4. **Lee, J.K., et al.**, Changes in the Serotype Distribution among Antibiotic Resistant Carriage *Streptococcus pneumoniae* Isolates in Children after the Introduction of the Extended-Valency Pneumococcal Conjugate Vaccine. J Korean Med Sci, 2017. 32(9): p. 1431-1439.
5. **Trần Quang Khải**, Tỷ lệ phân lập, đề kháng kháng sinh của *Streptococcus pneumoniae* gây viêm phổi nặng ở trẻ em Cần Thơ. Tạp chí Nghiên cứu y học 145(9) - 2021, 2021: p. 229-239.
6. **Hoàng Tiến Lợi**, Tính nhạy cảm kháng sinh và kết quả điều trị viêm phổi phế cầu tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2021-2022. Tạp chí Y học Việt Nam tập 516- tháng 7- số 2-2022, 2022: p. 276-279.
7. **Shan, W., et al.**, Risk Factors for Severe Community-acquired Pneumonia Among Children Hospitalized With CAP Younger Than 5 Years of Age. Pediatr Infect Dis J, 2019. 38(3): p. 224-229.
8. **Nguyễn Đăng Quyết**, Tình hình đề kháng kháng sinh của phế cầu và kết quả điều trị viêm phổi do phế cầu ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 2021.

NỒNG ĐỘ HS-CRP HUYẾT THANH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI ĐỘ NẶNG TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN

Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Thị Hồng Chuyên²,
Nguyễn Lê Trà Mi², Lê Minh Phúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ hs-CRP huyết thanh trên bệnh nhân vảy nến và mối liên quan với độ nặng của bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng được tiến hành trên 90 bệnh nhân vảy nến đến khám tại Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh năm 2022 và 45 bệnh người trong nhóm đối chứng. **Kết quả:** Nồng độ hs-CRP huyết thanh ở nhóm bệnh nhân vảy nến có trung vị 9,9

mg/L (1,6 – 34,7 mg/L). Trong đó, nồng độ hs-CRP huyết thanh ở nhóm bệnh nhân vảy nến mảng với trung vị 2,3 mg/L (khoảng tứ phân vị 1,1 – 8,9 mg/L), vảy nến mủ trung vị 46,5 mg/L (khoảng tứ phân vị 12,1 – 68,1 mg/L), viêm khớp vảy nến với trung vị 12,2 mg/L (khoảng tứ phân vị là 1,6 – 17,8 mg/L), vảy nến ĐDTT với trung vị là 28,6 mg/L (khoảng tứ phân vị là 16,4 – 40,2 mg/L). Nồng độ hs-CRP huyết thanh ở nhóm người bình thường là 1,2 (0,3 – 2,8) mg/L. Nồng độ hs-CRP huyết thanh ở nhóm bệnh nhân vảy nến cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Nồng độ hs-CRP huyết thanh có mối tương quan thuận với độ nặng PASI ($r = 0,493$; $p < 0,001$). **Kết luận:** Có sự tăng nồng độ hs-CRP huyết thanh ở bệnh nhân vảy nến nói chung và ở cả 4 phân nhóm vảy nến bao gồm vảy nến mảng, vảy nến mủ, viêm khớp vảy nến, vảy nến đỏ da toàn thân. Có mối tương quan thuận giữa nồng độ hs-CRP huyết thanh

¹Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 5.8.2024